



The Effectiveness of Schema Therapy on Early Maladaptive Schemas, Emotional Regulation and Consumed Methadone Dose in Patients Undergoing Methadone Maintenance Treatment

Bitas Salasi

PhD Student, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran. Email: Salasib13@gmail.com

Behzad Shoghi

Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran. (Corresponding Author), Email: b.shoghi@srbiau.ac.ir

Received: 13/10/2021

Revised: 05/12/2021

Accepted: 22/06/2022

Citation: Salasi, B., & Shoghi, B. (2022). The Effectiveness of Schema Therapy on Early Maladaptive Schemas, Emotional Regulation and Consumed Methadone Dose in Patients Undergoing Methadone Maintenance Treatment. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 12(1), 79-99. doi: 10.22067/tpccp.2022.73062.1185

Abstract

Purpose: The aim of this study was to investigate the effectiveness of Schema Therapy (ST) on the Early Maladaptive Schemas (EMS), Emotional Regulation (ER) and the consumed methadone dose of patients undergoing the Methadone Maintenance Treatment (MMT).

Method: The research methodology was semi-experimental with a pretest-posttest and control group design. The sample consisted of 44 patients who were under the methadone treatment and visited addiction treatment clinics in District 10 of Tehran city in 2018-2019. Subjects were selected using the convenience sampling method. 22 people were then randomly assigned to the experimental group and 22 people to the control group. The treatment sessions consisted of twelve 90-minute sessions that were implemented during six weeks (two sessions for each week). The Early Maladaptive Schema scale (EMSs) and the Difficulty in Emotional Regulation Scale (DERS) were used to collect data. The data were then analyzed using ANCOVA statistical method.

Findings: The results showed significant differences between the experimental group and control group in the three variables of study indicating that the schema therapy is beneficial for reducing early maladaptive schemas, difficulty in emotional regulation and methadone dose.

Keywords: Early maladaptive schemas, emotional regulation, schema therapy, methadone.

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجانی و دوز مصرف در معتادان با درمان نگهدارنده با متادون

بیبا ثلاثی

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. Salasib13@gmail.com

بهزاد شوقی

دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران. (نویسنده مسئول)، b.shoghi@srbiau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۷/۲۱	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۹/۱۴	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۴/۱
استناد: ثلاثی، بیبا، شوقی، بهزاد. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجانی و دوز مصرف در معتادان با درمان نگهدارنده با متادون. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۲(۱)، ۷۹-۹۹. doi: 10.22067/tpccp.2022.73062.1185		

چکیده

هدف: مدل طرحواره درمانی بر نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای تنظیم هیجان و دوز مصرف تأکید زیادی دارد. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجانی و دوز مصرف در بیماران با درمان نگهدارنده با متادون بود.

روش: طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی و با پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود. جامعه مورد مطالعه شامل ۴۴ نفر از بیماران تحت درمان با متادون که در سال‌های ۹۹-۱۳۹۸ به کلینیک‌های ترک اعتیاد منطقه ۱۰ تهران مراجعه کرده بودند، شامل می‌شود. تعیین نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد و در نهایت ۲۲ نفر برای گروه آزمایش و ۲۲ نفر برای گروه کنترل گمارش تصادفی شدند. جلسات درمانی شامل ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو هفته بود. از پرسشنامه‌های مقیاس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مقیاس دشواری تنظیم هیجان برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. تحلیل داده‌های به‌دست آمده با تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین سه متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجانی و دوز مصرف متادون در گروه تحت درمان با پروتکل طرحواره درمانی با گروه کنترل وجود دارد.

نتیجه: طرحواره درمانی به دلیل تأکید بر باورها و راهبردهای فرد در ارتباط با هیجان‌های شخصی خود می‌تواند به‌عنوان یک روش مداخله‌ای تأثیرگذار برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجان و دوز مصرفی متادون مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌گردد که مشاوران و روان‌درمانگران، کارگاه‌های طرحواره درمانی که منجر به بهبود مسائل روان‌شناختی مرتبط با آن می‌شود، بر گزار نمایند.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجانی، طرحواره درمانی، متادون

مقدمه

اعتیاد و اختلال‌های مرتبط با مواد مخدر از مهم‌ترین مباحث در حوزه سلامت عمومی جوامع جهان است (Nutt, Robbins, Stimson, Ince, & Jackson, 2006). علیرغم هشدارهای کشورهای مختلف و با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد به مواد مخدر، میزان مبتلا شدن افراد به اعتیاد رو به افزایش است (Salemink et al., 2014). مصرف مواد اعتیادآور و وابستگی به آن‌ها پدیده‌ای مزمن و عودکننده است که با آسیب‌های جدی جسمانی، روحی، مالی و خانوادگی همراه است (Gaznick, Tranel, McNutt, & Bechara, 2014). تأثیرات آسیب‌زای این اعتیاد نه تنها افراد مصرف‌کننده، بلکه خانواده‌های آنان و جامعه را تحت تأثیر جدی قرار می‌دهد (Ersche et al., 2012). در گزارش سازمان ملل (2012)، سهم عمده جرائم مصرف مواد مخدر اپیویدی در دنیا مربوط به کشور ایران است (Noori, Narenjiha, Aghabakhshi, Habibi, & Khoshkrood Mansoori, 2012).

طرحواره درمانی مدلی فراتشخیصی است و کاربرد آن برای اختلالات شخصیت اجتنابی، مرزی، خودشیفتگی، اضطراب اجتماعی، اختلالات خوردن، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال مصرف مواد مورد ارزیابی قرار گرفته و اثربخشی آن تأیید شده است (Ribas et al., 2018). طرحواره درمانی چهار دسته راهبردهای تغییر یا تکنیک درمانگری عمده را با یکدیگر تلفیق کرده و در فرآیند درمان از این راهبردها بهره گرفته می‌شود که شامل تکنیک‌های شناختی، رفتاری، تجربی و رابطه درمانی است (Louis, Wood, Lockwood, Ho, & Ferguson, 2018). طرحواره درمانی در اختلالات مختلفی از جمله افسردگی، اضطراب، اختلال شخصیت خودشیفته، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت وسواسی - اجباری و در ناسازگاری بین زوجین، باعث بهبودی بیماران شده است (Hopwood, Pincus, & Wright, 2019; Kellogg & Tatarsky, 2012; Sempértegui, Karreman, Arntz, & Bekker, 2013). مدلی که طرحواره درمانی برای آسیب‌شناسی روانی مطرح کرده شامل این است که هرگاه نیازهای متعارف و سالم تحولی در دوران کودکی برآورده نشوند، طرحواره‌های ناسازگار اولیه شکل می‌گیرند. در واقع طرحواره‌های اولیه، سازه‌های روان‌شناختی مشتمل بر باورهای ما درباره خودمان، دنیا و افراد دیگر هستند که در نتیجه تعامل بین ناکامی نیازهای اساسی دوران کودکی، خلق و خوی فطری و محیط اولیه به وجود می‌آیند (Farrell & Shaw, 2019). پژوهشی با بررسی ۱۲۱ نفر از بیماران با درمان نگهدارنده با متادون مشخص نمود که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با شدت اعتیاد رابطه دارند (Brummett, 2007). در تحقیق دیگری، مشخص گردید که ارتباط معنی‌داری بین شدت اختلالات روان‌شناختی، هیجان‌ها و رفتارهای نامناسب با طرحواره‌های ناسازگار اولیه وجود دارد، به طوری که طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگویی هیجانی - شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که

منجر به برداشت‌های ناکارآمد، هیجان‌ها و رفتارهای نامناسب می‌شوند (Keulen-de Vos, 2013). شواهدی مرتبط با باورهای افراد مصرف‌کننده الکل و دیگر مواد مخدر وجود دارد و آن‌ها از طرحواره‌های ناسازگار اولیه رنج می‌برند و به این نتیجه رسیدند که درمان‌های مؤثر از جمله طرحواره درمانی و شناخت درمانی به کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه کمک می‌کند (Shorey, Stuart, & Anderson, 2013).

اگرچه عوامل متعددی در شروع و حفظ مصرف نقش دارند، اختلال در تنظیم هیجانی متغیری است که حجم عظیمی از پژوهش‌ها را به خود اختصاص داده و نقش آن در رفتارهای پرخطر و مشکل‌زا بررسی شده است (Caner & Evgin, 2021; Dir, Banks, Zapolski, McIntyre, & Hulvershorn, 2016). تنظیم هیجان شامل راهبردهایی است که می‌تواند میزان و زمان افزایش هیجانات، طول مدت رخ دادن آن‌ها و نحوه‌ای که تجربه و اظهار می‌شوند، است (Duckworth & Gross, 2014). یکی از عوامل مهم در مصرف‌کنندگان مواد واکنش‌پذیری زیاد آن‌ها است که باعث استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان منفی شده و مصرف مواد مخدر را افزایش می‌دهد. افرادی که قادر نیستند برانگیختگی‌های خود را کنترل کنند، در معرض خطر بیشتری برای مصرف مواد هستند (Vanyukov et al., 2009). پژوهشی نشان داد که جوانان و نوجوانانی که در آزمون مقیاس هوش هیجانی چندعاملی نمره بیشتری نسبت به دیگران کسب نمودند، میزان مصرف مواد مخدر، سیگار و مشروبات الکلی در آن‌ها بسیار کم است (Kun & Demetrovics, 2010).

درمان نگهدارنده با استفاده از مواد شبه افیونی مانند متادون و بوپرنورفین به‌عنوان یک روش مؤثر درمانی شناخته شده است. سازمان جهانی بهداشت حدود یک دهه قبل متادون را به‌عنوان یک داروی اساسی معرفی کرد (Kharasch & Greenblatt, 2019). متأسفانه استفاده از متادون با خطر پنج برابری مرگ‌ومیر ناشی از مصرف بیش‌ازحد در مقایسه با سایر مواد افیونی همراه است که عمدتاً به اثر طولانی شدن (طولانی شدن امواج قلبی در نوار قلبی) آن‌ها نسبت داده می‌شود (Control & Prevention, 2012). سازمان غذا و دارو (FDA)، با صدور اطلاعیه‌ای از مرگ ناگهانی در اثر QTc هشدار داده است. خطر هیپوگلیسمی در بیمارانی که بیش از ۴۰ میلی‌گرم معادل متادون خوراکی در روز مصرف می‌کنند، افزایش می‌یابد. هنگام شروع مصرف متادون با دوز ۴۰ میلی‌گرم در روز یا بیشتر از آن، توصیه می‌شود کنترل معمولی قند خون انجام شود. در مواردی، حتی هیپوگلیسمی خفیف می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر بگذارد و هیپوگلیسمی شدید می‌تواند از طریق مکانیسم‌هایی از آسیب عصبی تا آریتمی قلبی منجر به عوارض و مرگ شود (Fulcher et al., 2014). در یک مطالعه، شرایط همبودی مانند قند خون کنترل نشده و نارسایی احتقانی قلب با مرگ‌ومیر بیشتر در بین بیمارانی که در برنامه نگهداری متادون (MMT) بودند،

مرتبط بود (Fareed et al., 2013). متادون باید با احتیاط در یک جمعیت پرخطر مانند زنان، بیماران مبتلا به ناهنجاری‌های مادرزادی کانال قلبی و بیماری‌هایی که پتاسیم و منیزیم کم دارند، تجویز شود (Raffa, Burmeister, Yuvashva, & Pergolizzi Jr, 2012). متادون با واکنش‌های جدی از جمله افسردگی تنفسی، آپنه و خطر وابستگی و واکنش‌های رایج از جمله سرگیجه، آرام‌بخشی، تهوع، استفراغ و یبوست همراه است و دوز دارو در بیش از ۱۰۰ میلی‌گرم در روز نیاز به غربال‌گری دوره‌ای الکتروکاردیوگرام دارد (Chou et al., 2014). مصرف متادون علاوه بر کاهش مصرف، در بهبود سلامت جسمی و روانی مؤثر است (Amodio, Chassler, Oettinger, Labiosa, & Lundgren, 2008). مطالعات قبلی نشان داده است که استفاده از متادون، موجب کاهش مصرف هروئین شده و نرخ مرگ‌ومیر (بیش مصرفی مواد مخدر یا اوردوز) ناشی از مصرف را بسیار کاهش می‌دهد (Gladden, O'Donnell, Mattson, & Seth, 2019). در درمان اعتیاد به مواد افیونی، درمان نگهدارنده با متادون (به عنوان داروی نگهدارنده درازمدت) به‌عنوان یکی از رویدادهای شناخته شده در حفظ حالت پرهیز و جلوگیری از بازگشت مجدد مواد مطرح است (Grüsser, Thalemann, Platz, Gölz, & Partecke, 2006). این درمان احساس یکپارچگی و معنا داشتن زندگی را ایجاد می‌کند. با این وجود بر بهبود تنظیم هیجانی تأثیر معنی‌داری نداشته است (Nalaskowska & Cierpiałkowska, 2014).

پژوهش حاضر با استفاده از رویکرد طرحواره درمانی قصد دارد تا در زمینه‌ی اختلالات مزمنی همچون وابستگی مواد به ارائه راهبردهایی جهت پیشگیری از افزایش بیش‌ازاندازه میزان مصرف متادون در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و همچنین تنظیم هیجانی که معمولاً در آن‌ها مختل است و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، به مطالعه بپردازد. این رویکرد درمانی در تلاش است با شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ای که در دوران کودکی به وجود آمده است و به زندگی بزرگ‌سالی راه یافته و اغلب ناکارآمدند، بتواند در زمینه درمان این بیماری‌ها گام‌های مؤثرتری بردارد. با رشد روزافزون افراد مصرف‌کننده مواد افیونی و همچنین متأسفانه با رعایت نکردن اصول پروتکل درمان نگهدارنده با متادون در میزان دوز مصرفی و گهگاه افزایش تکانه‌ای میزان دوز مصرفی به دلیل عدم تنظیم هیجانی اثربخش، این پژوهش تصمیم دارد به این سؤال پاسخ دهد که آیا طرحواره درمانی می‌تواند بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجانی و میزان دوز مصرفی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون تأثیر داشته باشد؟ و به دلیل شواهد پژوهشی موجود بر مؤثر بودن روش طرحواره درمانی و کمبود پژوهش‌هایی در زمینه‌ی تأثیر این روش بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه تنظیم هیجانی و دوز مصرف در معتادان با درمان نگهدارنده متادون از طرحواره درمانی استفاده شد.

روش‌شناسی پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی بود. در این پژوهش از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. نمونه‌ی مورد مطالعه شامل ۴۴ نفر از مراجعین (۲۲ نفر زن و ۲۲ نفر مرد) که درمان نگهدارنده با متادون می‌گرفتند و در فاصله سال‌های ۱۳۹۹-۱۳۹۸ به کلینیک‌های «آینده بهتر» و «سرای آزادی» و «نسیم رویش» در شهر تهران مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و نهایتاً ۲۲ نفر برای گروه آزمایش و ۲۲ نفر برای گروه کنترل گمارش تصادفی شدند. در طول فرآیند درمان، به دلیل عدم همکاری و سایر مسائل جانبی باعث شد که حجم هر گروه به ۱۵ نفر کاهش یابد. تعداد جلسات درمانی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود و در هر هفته دو جلسه به صورت جداگانه اجرا شد. معیارهای ورود: در غربالگری اولیه فقط افرادی که مصرف اصلی آن‌ها هروئین، تریاک، شیره و کراک به مدت ۵ تا ۱۰ سال بود و فقط شیوه مصرف آن‌ها تدخینی بود، انتخاب شدند. کلیه‌ی افراد حاضر در این پژوهش به مدت یک سال تحت درمان نگهدارنده با متادون قرار داشتند و هیچ‌گونه ماده دیگری مصرف نمی‌کردند. برای اندازه‌گیری دوز متادون، از دوز ثبت‌شده در پرونده‌ی انفرادی هر فرد، قبل و بعد از مداخله استفاده شد. این میزان توسط پزشک عمومی مراکز ترک اعتیاد بر اساس پروتکل درمان نگهدارنده با متادون و با در نظر گرفتن مقدار نیاز بیمار (در دامنه ۱۰۰-۳۰۰ میلی‌گرم در طی دو هفته) برای درمان تعیین شده بود. معیارهای ورود دیگر شامل دریافت تشخیص تنها مصرف درمان نگهدارنده با متادون توسط پزشک کلینیک، تمایل به شرکت در جلسات درمانی، سطح تحصیلات حداقل اول متوسطه، حداقل سن ۱۸ و حداکثر ۵۴ سال. معیارهای خروج: ابتلاء به اختلال‌های دیگر (مانند اسکیزوفرنی، دوقطبی، اختلال وسواس)، مصرف مشروبات الکلی، سایر مواد مخدر، داروهای ضد افسردگی، انصراف از شرکت در جلسات درمانی و همچنین پیشینه پزشکی افراد شرکت‌کننده در پژوهش از نظر بیماری‌های جسمی و زمینه‌ای به دقت بررسی و توسط پزشک بررسی شد و بیماران قندی، بیماران قلبی و بیماران سرطانی و بیماران کبدی و بیمارانی که همزمان داروهایی که با مصرف متادون خطر اوردوز را افزایش می‌داد، از پژوهش حذف شدند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس طرحواره‌های ناسازگار اولیه: مقیاس طرحواره‌های ناسازگار اولیه اداری ۹۰ ماده است که ۱۸ حیطه از طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی / بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی / بدرفتاری،

انزوای اجتماعی / بیگانگی، نقص / شرم، شکست، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، گرفتاری، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سخت‌گیرانه، استحقاق بودن / برتری داشتن، خویش‌داری / خود انضباطی ناکافی، تحسین / جلب توجه، نگرانی / بدبینی، خود-تنبیهی را اندازه‌گیری می‌کند. یانگ (Young, 1994) پرسشنامه طحوااره‌های ناسازگار اولیه را بر روی یک نمونه ۵۶۴ نفری از دانشجویان آمریکایی اعتباریابی کردند که اعتبار پرسشنامه را با استفاده از روش همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۹۵ گزارش کردند. فرم جدید ویرایش سوم (فرم کوتاه ۹۰ سؤالی) که در تحقیق یوسفی، آراسته، ناظمی و بهرامی (Yousefi, Arasteh, Nazemi, & Bahrami, 2015) رویی و اعتبار پرسشنامه طحوااره‌های ناسازگار اولیه بر روی یک نمونه ۵۷۹ نفری با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و دونیمه کردن در کل نمونه به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۴ در دختران و در پسران ۰/۸۴ و ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس دشواری تنظیم هیجان: مقیاس دشواری تنظیم هیجان یک ابزار شش گویه‌ای است که توسط گراتز و رومر (۲۰۰۴) ساخته شده است (Gratz & Roemer, 2004). این مقیاس سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در شش زمینه (عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتارهای تکانشی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی) مورد سنجش قرار می‌دهد. از مجموع نمره شش زیر مقیاس آزمون نمره‌ی کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان شامل همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی سازه و پیش‌بین در نمونه‌های بالینی و غیربالینی در پژوهش‌های خارجی تأیید شده است (Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez, & Gratz & Roemer, 2004; Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez, & Gratz & Tull, 2010; Gunderson, 2006). در پژوهش‌های ذکر شده، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش-های عدم پذیرش هیجان‌های منفی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸، برای دشواری در انجام رفتارهای هدفمند از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹، برای دشواری در مهار رفتارهای تکانشی از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰، برای دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان از ۰/۷۶ تا ۰/۸۵، برای فقدان آگاهی هیجانی از ۰/۶۸ تا ۰/۸۰، برای فقدان شفافیت هیجانی از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان را تأیید می‌کنند. بر اساس نتایج عزیزی، میرزائی و شمس (۱۳۸۹)، میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ برآورد شده است (Azizi, Mirzaei, & Shams, 2010).

جلسات درمانی

طرح درمان این جلسه‌ها بر اساس پروتکل طحوااره درمانی که توسط یانگ و همکاران (Young, 1994)، نظرات اساتید دانشگاه و شرایط سه کلینیک مورد مطالعه توسط مؤلفین تهیه و تنظیم گردیده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی

جلسه‌ی درمان	سرفصل‌های طرح درمان انجام‌شده بر گروه آزمایش
جلسه اول	بیان اهداف پژوهش، مروری بر ساختار جلسات، آموزش مفهوم طرحواره، تعریف مختصر طرحواره درمانی، نحوه تکمیل کردن پرسشنامه طرحواره یانگ، بیان ارتباط بین طرحواره درمانی با تنظیم هیجانی و سوءمصرف مواد مخدر، برقراری رابطه با مراجعین و فراهم‌سازی زمینه اعتماد و تأکید بر رازداری، پاسخگویی به سؤالات و شبهات آزمودنی‌ها، تکمیل پیش‌آزمون
جلسه دوم	آموزش نیازهای هیجانی اساسی اولیه، معرفی طرحواره‌های ناسازگار و حوزه‌های مربوط به هر کدام، توضیح ریشه‌های تحولی طرحواره و آموزش پیرامون عملکرد طرحواره‌ها
جلسه سوم	توضیح و آموزش سبک‌های مقابله‌ای، توضیح و آموزش انواع ذهنیت‌های طرحواره‌ای، ایجاد آمادگی در افراد جهت سنجش و تغییر طرحواره‌ها
جلسه چهارم	سنجش هر کدام از طرحواره‌های فرد و دادن بازخورد، بررسی پرسشنامه‌ها و آشنا کردن آن‌ها با طرحواره‌هایشان و تأثیر هر کدام بر زندگی افراد، آموزش تکنیک تصویرسازی ذهنی، اهدای کتاب «چگونه زندگی خود را دوباره بیافرینیم» به افراد و تشویق به مطالعه کتاب و مشخص کردن طرحواره‌های خودشان به‌عنوان تکلیف خانگی
جلسه پنجم	معرفی راهبردهای شناختی، هیجانی و الگوشکنی رفتاری، ایجاد انگیزه جهت تغییر طرحواره‌ها و آمادگی برای تغییر طرحواره‌ها، کمک به بیمار در تجربه کردن هیجان‌های مرتبط با طرحواره، بررسی تکلیف خانگی
جلسه ششم	تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب طرحواره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، تمرین برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، آموزش ساخت کارت‌های آموزشی و نحوه تکمیل فرم‌های ثبت طرحواره، تکلیف خانگی
جلسه هفتم	معرفی مجدد راهبردهای تجربی و ارائه منطبق استفاده از راهبردهای تجربی، آموزش روش تصویرسازی ذهنی و اجرای آن در جلسه، نوشتن نامه به والدین و توضیح منطبق استفاده از این تکنیک، ارائه تکلیف خانگی با موضوع نوشتن نامه به والدین
جلسه هشتم	توضیح مجدد و آموزش سبک‌های مقابله‌ای و تأثیر آن‌ها در تداوم طرحواره‌ها، تعیین رفتارهای خاص فرد به عنوان آماج احتمالی تغییر، اولویت‌بندی رفتارها جهت الگوشکنی رفتاری
جلسه نهم	ایجاد انگیزه جهت تغییر رفتارهای تداوم‌بخش طرحواره، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تکنیک تصویرسازی ذهنی، بررسی و آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار، آموزش استفاده از کارت‌های آموزشی جهت الگوشکنی رفتاری، ارائه تکلیف خانگی
جلسه دهم	برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم، برقراری گفتگوی خیالی با والدین از طریق تکنیک صندلی خالی، بررسی روش‌های مؤثر در کنترل هیجان‌ها و تکانه‌ها، آموزش شیوه درست ابراز خشم، تکلیف خانگی
جلسه یازدهم	مرور تمرین‌ها و تکالیف جلسه قبل در زمینه کنترل خشم. بررسی روش‌های مؤثر در تحمل خستگی و ناکامی مرتبط با طرحواره خویشتن‌داری و نبود خود انضباطی
جلسه دوازدهم	بررسی تمرینات انجام‌شده، جمع‌بندی جلسات و نتیجه‌گیری، تکمیل پرسشنامه‌های پس‌آزمون، پاسخ به سؤالات افراد، تقدیر و تشکر از شرکت و همکاری افراد

روش تجزیه و تحلیل آماری

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی به منظور توصیف متغیرهای پژوهش شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و همچنین آمار استنباطی به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS بهره گرفته شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، جهت اطمینان از رعایت ملاحظات اخلاقی، رضایت کامل آزمودنی‌ها برای شرکت در مطالعه جلب شد. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات ایشان محرمانه می‌ماند و تنها در صورتی که خودشان تمایل داشته باشند، نتایج در اختیار آنها قرار خواهد گرفت. به آزمودنی‌ها توضیح داده شد که حضور تا انتهای جلسات آموزشی اجباری نیست و هر زمان که تمایل داشتند، می‌توانند از جلسات خارج شوند. همچنین به منظور رعایت حریم شخصی افراد، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نگردید.

یافته‌ها

در جدول (۱)، یافته‌های جمعیت شناختی افراد گروه‌های مورد مطالعه ارائه شده است. علاوه بر این، در بخش توصیفی، شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد)، میانگین‌های طرحواره‌های ناسازگار، دشواری تنظیم هیجان و دوز مصرف، در گروه آزمایش (طرحواره درمانی) و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ادامه ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج جمعیت شناختی به تفکیک دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	محدوده سنی	فراوانی گروه آزمایش	درصد	فراوانی گروه کنترل	درصد
سن	۲۰-۳۰ سال	۶	۲۷/۲۷	۷	۳۱/۸۱
	۳۱-۴۰ سال	۸	۳۶/۳۶	۹	۴۰/۹
	۴۱-۵۰ سال	۸	۳۶/۳۶	۶	۲۷/۲۷
تحصیلات	دیپلم و فوق‌دیپلم	۱۱	۵۰	۱۰	۴۵/۴۵
	لیسانس	۸	۳۶/۳۶	۹	۴۰/۹
	فوق‌لیسانس و بالاتر	۳	۱۳/۲۳	۳	۱۳/۶۳
	کل	۲۲	۱۰۰	۲۲	۱۰۰

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار طرحواره‌های ناسازگار، دشواری تنظیم هیجان و دوز مصرف به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

متغیر	شاخص	آزمایش			کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پس‌آزمون	پیگیری
طرد و بریدگی	میانگین	۶۸/۶۷	۵۴/۹۰	۵۵/۸۰	۷۴/۲۷	۷۵/۷۳
	انحراف معیار	۱۳/۲۵	۱۱/۷۰	۱۱/۵۶	۱۰/۰۹	۹/۸۶
خودگردانی مختل	میانگین	۷۱/۷۳	۵۶/۶۷	۵۷/۸۷	۷۹/۱۳	۸۰/۴۷
	انحراف معیار	۱۲/۷۳	۱۰/۲۹	۱۰/۰۹	۶/۶۲	۶/۸۲
محدودیت‌های مختل	میانگین	۷۱/۶۷	۵۶/۶۷	۵۷/۸۷	۷۶/۷۳	۷۸/۱۳
	انحراف معیار	۱۳/۶۳	۱۰/۶۲	۱۰/۳۷	۱۰/۲۳	۱۰/۱۰
دیگرجهت‌مندی	میانگین	۷۱/۲۷	۵۷/۳۳	۵۸/۵۳	۷۷/۸۰	۷۹/۳۳
	انحراف معیار	۱۴/۵۳	۱۰/۳۲	۱۰/۱۱	۸/۶۳	۹/۰۰
گوش‌به‌زنگی	میانگین	۷۳/۴۷	۵۶/۸۷	۵۸/۰۷	۸۰/۰۷	۸۱/۴۰
	انحراف معیار	۱۳/۵۷	۹/۵۸	۹/۵۴	۸/۵۰	۸/۵۰
دشواری تنظیم هیجان	میانگین	۱۱۵/۲۰	۹۸/۴۰	۹۹/۶۰	۱۱۹/۸۷	۱۲۱/۲۰
	انحراف معیار	۸/۳۹	۵/۰۱	۴/۹۷	۹/۶۰	۹/۵۸
دوز مصرف	میانگین	۴۵/۰۵	۳۸/۷۸	۳۸/۵۸	۴۴/۷۷	۴۴/۸۸
	انحراف معیار	۲/۶۰	۲/۵۳	۲/۹۶	۲/۲۲	۲/۱۱

با توجه به جدول ۳، میانگین در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون کاهش نشان می‌دهد. می‌توان بیان کرد که طرحواره درمانی باعث کاهش مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار، دشواری تنظیم هیجان و دوز مصرف بیماران با درمان نگهدارنده با متادون شده است (جدول ۳). به‌منظور بررسی تفاوت معنی‌دار بین میانگین‌های طرحواره‌های ناسازگار، دشواری تنظیم هیجان و دوز مصرف در دو گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، ابتدا مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها و کرویت بررسی شد. نتایج در جدول ۴ و ۵ ارائه شده است.

جدول ۴: آزمون F لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها شاخص	طرد و بریدگی	خودگردانی و عملکرد مختل	محدودیت‌های مختل
F	۰/۳۷	۳/۰۶	۱/۵۴
df 1	۱	۱	۱
df 2	۲۸	۲۸	۲۸
p	۰/۵۵	۰/۰۹	۰/۲۲

ادامه جدول ۴: آزمون F لاین برای بررسی همگنی واریانس‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها شاخص	دیگر جهت‌مندی	گوش‌به‌زنگی	دشواری تنظیم هیجان	دوز مصرف
F	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۳۰	۰/۹۰
df 1	۱	۱	۱	۱
df 2	۲۸	۲۸	۲۸	۲۸
p	۰/۹۴	۰/۸۹	۰/۵۸	۰/۳۴

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها در تمامی متغیرهای پژوهش رعایت شده است ($p > 0.05$).

پیش‌فرض بعدی آن است که واریانس تفاوت بین همه ترکیب‌های مربوط به گروه‌ها (کرویت) باید یکسان باشد. برای بررسی این مفروضه از آزمون کرویت مخلی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: آزمون کرویت مخلی بررسی همگنی کوواریانس‌ها

متغیرها شاخص	طرد و بریدگی	خودگردانی و عملکرد مختل	محدودیت‌های مختل
آماره موچلی	۰/۷۰	۰/۰۴	۰/۰۶
df	۲	۲	۲
p	۰/۰۰۱۱	۰/۰۰۱۱	۰/۰۰۱۱

ادامه جدول ۵: آزمون کرویت مخلی بررسی همگنی کوواریانس‌ها

متغیرها شاخص	دیگر جهت‌مندی	گوش‌به‌زنگی	دشواری تنظیم هیجان	دوز مصرف
آماره موچلی	۰/۰۹	۰/۰۶	۰/۱۱	۰/۰۶
df	۲	۲	۲	۲
p	۰/۰۰۱۱	۰/۰۰۱۱	۰/۰۰۱۱	۰/۰۰۱۱

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، فرض کرویت برقرار نیست ($p > 0.05$)؛ بنابراین، در آزمون فرضیه‌ها از معیار گرین هاوس گیزر استفاده می‌شود تا تقریب دقیق‌تری به دست آید و نتایج تحلیل واریانس درون‌گروهی با توجه به عدم برقراری مفروضه کرویت محاسبه می‌گردد. در این بخش، ابتدا نتایج آزمون‌های چندمتغیری در جدول ۶ ارائه می‌شود.

جدول ۶: آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نمرات ابعاد طرحواره‌های ناسازگار، دشواری تنظیم هیجان و دوز مصرف در دو گروه

شاخص آماری	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	p	اندازه اثر
بین گروهی	اثربخشی-بارتلت	۰/۸۳	۱۵/۷۶	۷	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳
	لامبدای ویلکز	۰/۱۷	۱۵/۷۶	۷	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳
	اثربخشی	۵/۰۲	۱۵/۷۶	۷	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۵/۰۲	۱۵/۷۶	۷	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۳
درون گروهی	اثربخشی-بارتلت	۰/۹۳	۳۱/۱۳	۹	۲۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۳
	لامبدای ویلکز	۰/۰۷	۳۱/۱۳	۹	۲۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۳
	اثربخشی	۱۴/۰۱	۳۱/۱۳	۹	۲۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۳
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۴/۰۱	۳۱/۱۳	۹	۲۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۳
تعامل گروه*تکرار اندازه گیری	اثربخشی-بارتلت	۰/۹۴	۳۴/۷۸	۹	۲۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	لامبدای ویلکز	۰/۰۶	۳۴/۷۸	۹	۲۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	اثربخشی	۱۵/۶۵	۳۴/۷۸	۹	۲۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۵/۶۵	۳۴/۷۸	۹	۲۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۹۴

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد با روش تحلیل واریانس چندمتغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل گروه «متغیر مستقل» وجود دارد.

این اثر نشان می‌دهد که حداقل بین یکی از مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار، دشواری تنظیم هیجان و دوز مصرف بیماران با درمان نگهدارنده با متادون که با طرحواره درمانی آموزش دیده‌اند، با بیماران با درمان نگهدارنده با متادون گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد (لامبدای ویلکز=۰/۱۸، $p < ۰/۰۵$). همچنین آزمون‌های چندمتغیری اثرات درون گروهی نیز بیانگر این نکته است که حداقل بین یکی از مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار، دشواری تنظیم هیجان و دوز مصرف بیماران با درمان نگهدارنده با متادون در سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < ۰/۰۵$). در ادامه نتایج آزمون‌های تک متغیری در متن تحلیل کواریانس چند متغیری گزارش می‌شود. خلاصه نتایج تحلیل کواریانس برای عوامل درون گروهی و بین گروهی در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۷: آزمون تحلیل واریانس مختلط تک متغیری نمرات طرحواره‌های ناسازگار، دشواری تنظیم هیجان و دوز مصرف با معیار گرین هاوز گیزر

متغیر	شاخص آماری عوامل	SS	df	MS	F	p	اندازه اثر
طرد و بریدگی	تکرار اندازه‌گیری	۷۸۳/۸۰	۱/۰۳	۷۵۸/۷۳	۴۳/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	تعامل آزمون × گروه	۱۰۵۶/۶۹	۱/۰۳	۱۰۲۲/۸۸	۵۹/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۸
خودگردانی و عملکرد مختل	تکرار اندازه‌گیری	۹۳۰/۷۶	۱/۰۶	۸۸۱/۳۴	۸۴/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۷۵
	تعامل آزمون × گروه	۱۱۸۶/۴۰	۱/۰۶	۱۱۲۳/۴۲	۱۰۸/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰
محدودیت‌های مختل	تکرار اندازه‌گیری	۹۱۲/۸۰	۱/۰۳	۸۸۳/۵۹	۵۰/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۴
	تعامل آزمون × گروه	۱۱۸۶/۴۰	۱/۰۳	۱۱۴۸/۴۴	۶۵/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰
دیگر جهت‌مندی	تکرار اندازه‌گیری	۷۵۹/۲۰	۱/۰۵	۷۲۴/۲۳	۶۳/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	تعامل آزمون × گروه	۱۰۴۷/۰۲	۱/۰۵	۹۹۸/۷۹	۸۷/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶
گوش‌به‌زنگی	تکرار اندازه‌گیری	۱۱۵۰/۰۲	۱/۰۳	۱۱۱۶/۱۳	۶۱/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	تعامل آزمون × گروه	۱۴۳۴/۲۹	۱/۰۳	۱۳۹۲/۰۱	۷۶/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳
دشواری تنظیم هیجان	تکرار اندازه‌گیری	۱۱۸۰/۳۶	۱/۰۲	۱۱۵۵/۲۱	۴۳/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	تعامل آزمون × گروه	۱۴۶۸/۳۶	۱/۰۲	۱۴۳۷/۰۸	۵۳/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶
دوز مصرف	تکرار اندازه‌گیری	۱۹۷/۲۹	۱/۵۳	۱۲۸/۵۹	۳۵/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶
	تعامل آزمون × گروه	۲۱۰/۵۰	۱/۵۳	۱۳۷/۲۰	۳۷/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷

با توجه به جدول ۷، در رابطه با عامل درون‌گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل اندازه‌گیری در سطح ۰/۰۵ برای همه مؤلفه‌ها معنی‌دار است ($p < ۰/۰۵$). در نتیجه بین میانگین نمرات کنترل در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به‌منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل اندازه‌گیری نیز، بیانگر تفاوت معنی‌دار در مقایسه‌ی زوجی مراحل اندازه‌گیری را نیز نشان داد ($p < ۰/۰۵$). با توجه به نتایج جدول ۷ در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل بین گروه آزمایش و کنترل برای همه مؤلفه‌ها معنی‌دار است ($p < ۰/۰۵$). در نتیجه بین میانگین نمرات سه مرحله اندازه‌گیری همه مؤلفه‌ها در دو گروه تفاوت معنی‌دار وجود دارد. یافته‌های پژوهش نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین سه متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجانی و دوز مصرف متادون در گروه تحت درمان با پروتکل طرحواره‌درمانی با گروه کنترل وجود دارد. در مؤلفه‌های طرد و بریدگی با اندازه اثر ۰/۶۸، در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل با اندازه اثر ۰/۸۰، در حوزه

محدودیت‌های مختل با اندازه اثر ۰/۶۴، در حوزه دیگر جهت‌مندی با اندازه اثر ۰/۷۶ و در حوزه گوش به زنگی با اندازه اثر ۰/۷۳ معنی‌دار شد.

نتیجه

این تحقیق با هدف اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجانی و دوز مصرف در معتادان با درمان نگهدارنده با متادون انجام شده است. نتایج این تحقیق نشان داد که تکنیک طرحواره درمانی موجب کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، دشواری تنظیم هیجان و دوز مصرف در افراد گروه آزمایشی شد. با مرور سوابق پژوهشی، تحقیقات بسیار اندکی که به اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، تنظیم هیجانی و دوز مصرف در بیماران با درمان نگهدارنده با متادون پرداخته باشد، یافت شد. بنابراین، در تبیین نتایج به دست آمده سعی شده است تا به مرتبط‌ترین تحقیقات در این زمینه استناد گردد.

هر ساله تعداد زیادی از افراد وابسته به مواد از طریق پیامدهای مستقیم و غیرمستقیم مصرف مواد جان خود را از دست می‌دهند (Martin, Weinberg, & Bealer, 2007). علیرغم تلاش‌های زیاد در زمینه ترک اعتیاد آمارهای بازگشت به اعتیاد یا عود در معتادان ترک کرده، بسیار نگران‌کننده است (Savage, 2016). ترک مصرف مواد مخدر از مسائلی است که همواره مورد توجه مسئولین، مبتلایان به مصرف مواد مخدر و خانواده‌های آنها بوده است. بازگشت مجدد به مواد مخدر در مقایسه با ترک جسمانی از اصلی‌ترین چالش‌های موجود است (Sahu et al., 2020). شواهد تجربی بر این فرض استوارند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توانند بر گرایش افراد به مصرف مواد مؤثر باشند. در مطالعه بال، کاب ریچاردسون، کانولی، بجوسا و اونیل (Ball, Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa, & O'neal, 2005) همسو با مطالعه حاضر، نتایج حاکی از این بود که افراد استفاده‌کننده از طرحواره‌های سازگارانه توانایی بیشتری برای سازگاری با فشارهای روانی دارند و کمتر مشکلات روانی و مصرف مواد مخدر را تجربه می‌کنند. همسو با مطالعه حاضر، نتایج پژوهش‌های کیلی و باردو (Kelly & Bardo, 2016) و تانگ و پازنر (Tang, Tang, & Posner, 2016) نشان داد که روش طرحواره درمانی در بهبود و درمان علائم روان‌شناختی در معتادین مؤثر است. در تحقیقی مشابه و همسو با تحقیق حاضر، ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و وابستگی به الکل اثبات شده است (Roper, Dickson, Tinwell, Booth, & McGuire, 2010). در پژوهش دیگری، به

مقایسه طرحواره درمانی و روان‌درمانی مبتنی بر انتقال^۱ پرداختند. نتایج آنان بیانگر این بود که هر دو روش درمانی موجب کاهش نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی و افزایش کیفیت زندگی شد. این تغییرات تا یک سال پیگیری پس از درمان نیز حفظ شده بود (Giesen-Bloo et al., 2006). طرحواره درمانی گروهی شیوه مناسبی جهت تعدیل ابعاد باورهای فراشناختی و کاهش دوز متادون در مردان تحت درمان نگهدارنده با متادون است (Ghandehari, 2018).

در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که در مدل طرحواره درمانی، تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی با یکدیگر تلفیق شده و در فرآیند درمان از آن‌ها استفاده می‌شود (Louis et al., 2018). طرحواره‌درمانی به‌جای اینکه اختلالات روان‌شناختی را پدیده‌ای غیرعادی بنگرد، آن‌ها را طبیعی جلوه می‌دهد. هر فردی طرحواره‌ها، سبک مقابله‌ای و ذهنیت‌هایی دارد که این موارد در بیمارانی که برای درمان مراجعه می‌کنند، حالت افراطی و انعطاف‌ناپذیری به خودشان گرفته‌اند. همچنین این رویکرد با بیماران بسیار احترام‌آمیز و همدلانه برخورد می‌کند. به ویژه نسبت به بیمارانی که شدت اختلال در آن‌ها زیاد است، مثل افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی که اغلب کمترین دلسوزی و بیشترین سرزنش را از درمانگران دریافت می‌کنند (Jacob & Arntz, 2013). طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عقاید عمیقاً منفی درباره خود، دیگران و جهان اشاره دارد که ممکن است در طی سالیان ابتدایی زندگی به وجود بیاید. به نوعی اکثر طرحواره‌های ناسازگار اولیه نتیجه‌ی تجارب زیان‌بخش دوران کودکی هستند که فرد در سیر دوران کودکی و نوجوانی خود با آن‌ها مواجه بوده است (Zeigler-Hill, Green, Arnau, Sisemore, & Myers, 2011). تأثیر این تجارب در سیر تحول با یکدیگر جمع می‌شوند و منجر به شکل‌گیری یک دید قالبی ناسازگار نسبت به جهان پیرامون می‌شود. بر این اساس، طرحواره‌ها بازنمایی‌هایی دقیق از محیطی است که افراد در دوران کودکی تجربه کرده‌اند. رویکرد طرحواره درمانی بر این اساس استوار است که با ارائه روش‌های شناختی و رفتاری و همچنین جایگزین نمودن الگوهای شناختی و رفتاری سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، فرصتی را برای بهبود علائم ترس از ارزیابی منفی، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک اضطراب اجتماعی فراهم می‌کند و از این طریق موجب کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌شود. بنابراین، نتیجه نهایی کاربرد طرحواره درمانی اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه است که فرد در این مرحله قادر است منابع توجه خود را به طرحواره‌های سازگار متمرکز نماید.

یافته‌های این پژوهش نشان داد که تنظیم هیجانی بعد از ارائه پروتکل طرحواره درمانی با مقدار اثر ۰/۶۶ افزایش معنی داری داشته است. شواهد نشان می‌دهند که تنظیم هیجانی با موفقیت و عدم موفقیت در حوزه‌های مختلف زندگی مرتبط است (Hahn et al., 2009). تنظیم هیجان از طریق فرآیندهایی که از طریق آن‌ها افراد هیجان‌ات خود را برای پاسخ به توقعات محیطی هوشیارانه و ناهوشیارانه تعدیل می‌کنند، در نظر گرفته می‌شود (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010). با این حال، پژوهش‌های اندکی به بررسی ارتباط تنظیم هیجانی با مصرف مواد پرداخته‌اند. سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها است، در شروع مصرف مواد نقش دارد (Dellinger et al., 2008). در تبیین اثر طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی می‌توان بیان کرد که طرحواره درمانی می‌تواند با استفاده از شناخت درمانی، مشکلات بین فردی مزمن و بی‌ثباتی هیجانی را کاهش داده و از این طریق تنظیم هیجانی را در فرد فعال نماید (Renner et al., 2018). تأکید اساسی طرحواره درمانی استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی نظیر آگاهی، پذیرش، بازسازی بن‌مایه‌های ناسازگار که موجب تعدیل هیجان‌ات مثبت و منفی و به دنبال آن قضاوت و ادراک مثبت از خویش، در افراد می‌شود که می‌تواند در کاهش رفتارهای مصرفی آن‌ها مؤثر باشد. طرحواره درمانی با جانشین کردن راهکارهای مدیریتی هیجانی سازگارانه برای برخورد با مشکلات زندگی می‌تواند به بهبود راهبردهای مدیریت و تنظیم هیجان منجر شود (Pugh, 2015). نتایج اثر طرحواره درمانی بر تنظیم هیجانی با نتایج پژوهش‌های فاسیندر و همکاران (Fassbinder, Schweiger, Martius, Brand-de Wilde, & Arntz, 2016) و عرفان و همکاران (Erfan, Noorbala, Amel, Mohammadi, & Adibi, 2018) همسو است

یافته‌های این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی موجب کاهش دوز مصرف بیماران تحت درمان با متادون شده است. با توجه به اینکه معتادین در موقعیت‌های مختلف زندگی قادر نیستند از هیجان‌های خود به صورت کارآمد استفاده کنند؛ می‌توان رفتارهای مصرف مواد مخدر را به صورت یک مکانیسم دفاعی شکل نگرفته (به دلیل فقدان مهارت‌های هیجانی یا مهارت‌های هیجانی نامناسب و توانایی کمتر در حل تعارضات) توصیف کرد. این مکانیسم‌ها از طریق شناخت هیجان‌ات، سازمان‌دهی مجدد هیجانی و یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و خود آرامش‌دهی که در طرحواره درمانی اعمال می‌گردد، بهبود یافته و مانع از عود مجدد می‌گردد. این درمان کمک می‌کند تا افراد طرحواره‌های مقاوم خود را شناسایی و با به چالش کشیدن آن‌ها، مقاومت خود را در مقابل عوامل استرس‌زا افزایش داده، عزت‌نفس بیشتر و خودکارآمدی بیشتری احساس نمایند (Ghandehari, 2018). در تبیین اثر طرحواره درمانی بر دوز

مصرفی معتادین می‌توان بیان کرد که این تکنیک کمک می‌کند تا برای مقابله با عوامل انگیزشی درونی به راهبرد سالم‌تری غیر از مصرف مواد روی آورند. افراد تحت درمان با متادون با به‌کارگیری راهبردهای طرحواره درمانی و برقراری یک رابطه درمانی مناسب شامل رویاروسازی همدلانه و باز والدینی حدودمرزدار، آگاه شدند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه تأثیر شگرفی در مدل مصرف متادون آن‌ها دارد و با کار کردن روی این طرحواره‌ها و به‌ویژه پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد دوز متادون این افراد کاهش پیدا کرد. نتایج اثر طرحواره درمانی بر کاهش دوز مصرفی با نتایج پژوهش‌های بال (Ball, 2004) و قندهاری (Ghandehari, 2018) همسو است.

نتایج این پژوهش همچنین حاکی از آن است که اثربخشی طرحواره درمانی بر همه طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل شامل وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و خویشتن تحول نیافته/گرفتار مؤثر بود. در تبیین اثربخشی این مداخله بر طرحواره‌های این حوزه می‌توان به این نکته اشاره کرد که تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی در جلسات درمانی فرصتی برای تغییر شناخت‌واره‌ها، مهارت‌آموزی و رویارویی تدریجی برای تصمیم‌گیری و عملکرد مستقلانه معتادین تحت درمان نگهدارنده متادون فراهم کرده است. این امر می‌تواند بر کنترل دوز مصرفی آنان مؤثر باشد. به‌طور خلاصه، در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر دوز مصرف متادون افراد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به درمان پاسخ بهتری دادند. به‌طور کلی می‌توان بیان کرد که طرحواره درمانی در بهبود مشکلات معتادین مؤثر بوده است و درمان‌گران و متخصصین این حوزه می‌توانند در کاهش چالش‌های آنان از طرحواره درمانی استفاده کنند.

از محدودیت‌های این تحقیق می‌توان به محدود کردن جامعه آماری به طیف وسیعی از مصرف‌کنندگان مواد مخدر (از نظر نوع مواد مخدر) اشاره کرد که باید در تعمیم نتایج به سایر تحقیقات انجام شده احتمالی در این زمینه احتیاط شود. زیرا نوع ماده مخدر احتمالاً باعث تغییر نتایج مطالعات خواهد شد؛ زیرا رفتار افراد با مصرف انواع خاصی از مواد مخدر بسیار تأثیرپذیر است. از طرف دیگر، در این تحقیق به دلیل محدودیت‌های مکانی، مطالعه روی جوامع آماری سایر مناطق استان تهران و همچنین شهرها انجام نشد که در صورت انجام، می‌توانست اثربخشی مداخله را نشان دهد و نتایج قابل تعمیم‌تر باشد. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی، درمان طرحواره درمانی در سایر شهرهای ایران همراه با دوره پیگیری مدت‌دار (۳، ۶، ۹ و ۱۲ ماه) انجام شود. پیشنهاد می‌شود طرحواره درمانی در مراجعین با درمان نگهدارنده با سایر داروهای نگهدارنده مانند بوپرونورفین و اپیوم (شربت تریاک) نیز انجام شود تا اثربخشی آن بر

درمان‌های نگهدارنده دیگر نیز بررسی شود. پیشنهاد می‌شود که اثربخشی طرحواره درمانی بر معتادین با اختلالات روان‌پزشکی دیگر مورد سنجش قرار گیرد. همچنین این پژوهش در افرادی که علاوه بر متادون، از سایر مواد نگهدارنده استفاده می‌کنند بررسی شود و در افرادی که قطع مصرف مواد مخدر داشته‌اند برای جلوگیری از وسوسه، عود و مصرف مورد پایش قرار گیرد. همچنین با توجه به نتایج این تحقیق پیشنهاد می‌گردد درمانگران و متخصصان در کار بالینی با افراد تحت درمان با متادون و نیز تهیه برنامه‌های درمانی برای این افراد، رویکرد طرحواره درمانی را در کنار سایر روش‌های درمانی مورد توجه قرار دهند.

References

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237 .
- Amodeo, M., Chassler, D., Oettinger, C., Labiosa, W., & Lundgren, L. M. (2008). Client retention in residential drug treatment for Latinos. *Evaluation and Program Planning*, 31(1), 102-112 .
- Azizi, A., Mirzaei, A., & Shams, J. (2010). Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence (In Persian). *Hakim Research Journal*, 13(1), 11-18 .
- Ball, S. A. (2004). Treatment of personality disorders with co-occurring substance dependence: Dual focus schema therapy. *Handbook of personality disorders: Theory and practice*, 398-425 .
- Ball, S. A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A. J., Bujosa, C. T., & O'neal, T. W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive psychiatry*, ۳۷۹-۳۷۱ (۵) ۴۶ .
- Brummett, B. R. (2007). Attachment style, early maladaptive schemas, coping self-efficacy, therapy alliance and their influence on addiction severity in methadone-maintenance treatment .
- Caner, N., & Evgin, D. (2021). Digital risks and adolescents: The relationships between digital game addiction, emotional eating, and aggression. *International journal of mental health nursing*, 30(6), 1599-1609 .
- Chou, R., Cruciani, R. A., Fiellin, D. A., Compton, P., Farrar, J. T., Haigney, M. C . . . Marcus, S. M. (2014). Methadone safety: a clinical practice guideline from the American Pain Society and College on Problems of Drug Dependence, in collaboration with the Heart Rhythm Society. *The Journal of Pain*, 15(4), 321-337 .
- Control, C. f. D., & Prevention. (2012). Vital signs: risk for overdose from methadone used for pain relief-United States, 1999-2010. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 61(26), 493-497 .
- Dellinger, R. P., Levy, M. M., Carlet, J. M., Bion, J., Parker, M. M., Jaeschke, R., . . . Beale, R. (2008). Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Intensive care medicine*, 34(1), 17-60 .
- Dir, A. L., Banks, D. E., Zapolski, T. C., McIntyre, E., & Hulvershorn, L. A. (۲۰۱۶). Negative urgency and emotion regulation predict positive smoking expectancies in non-smoking

- youth. *Addictive behaviors*, 58, 47-52 .
- Duckworth, A., & Gross, J. J. (2014). Self-control and grit: Related but separable determinants of success. *Current directions in psychological science*, 23(5), 319-325 .
- Erfan, A., Noorbala, A. A., Amel, S. K., Mohammadi, A., & Adibi, P. (2018). The effectiveness of emotional schema therapy on the emotional schemas and emotional regulation in irritable bowel syndrome :single subject design. *Advanced biomedical research*, 7 .
- Ersche, K. D., Turton, A. J., Chamberlain, S. R., Müller, U., Bullmore, E. T., & Robbins, T. W. (2012). Cognitive dysfunction and anxious-impulsive personality traits are endophenotypes for drug dependence. *American Journal of Psychiatry*, 169(9), 926-936 .
- Fareed, A., Vayalapalli, S., Scheinberg, K., Gale, R., Casarella, J., & Drexler, K. (2013). QTc interval prolongation for patients in methadone maintenance treatment: a five years follow-up study. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 39(4), 235-240 .
- Farrell, J. M., & Shaw, I. A. (2019). Experiencing schema therapy from the inside out. *New York, GuilfordPress*, 33-35 .
- Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in psychology*, 7, 1373 .
- Fulcher, G., Singer, J., Castañeda, R., Fraige Filho, F., Maffei, L., Snyman, J., & Brod, M. (2014). The psychosocial and financial impact of non-severe hypoglycemic events on people with diabetes: two international surveys. *Journal of Medical Economics*, 17(10), 751-761 .
- Gaznick, N., Tranel, D., McNutt, A., & Bechara, A. (2014). Basal ganglia plus insula damage yields stronger disruption of smoking addiction than basal ganglia damage alone. *nicotine & tobacco research*, 16(4), 445-453 .
- Ghandehari, A. (2018). Effectiveness of group schema therapy in metacognitive beliefs and methadone dose reduction in men under methadone treatment. *Scientific Quarterly Research on Addiction*, 11(44), 169-186 .
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., . . . Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 649-658 .
- Gladden, R. M., O'Donnell, J., Mattson, C. L., & Seth, P. (2019). Changes in opioid-involved overdose deaths by opioid type and presence of benzodiazepines, cocaine, and methamphetamine—25 states, July–December 2017 to January–June 2018. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(34), 737 .
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation :Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54 .
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C., & Gunderson, J. G. (۲۰۰۶). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 115(4), 850 .
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. *Cognitive therapy and research*, 34(6), 544-553 .
- Grüsser, S. M., Thalemann, C. N., Platz, W., Gözl, J., & Partecke, G. (2006). A new approach

- to preventing relapse in opiate addicts: a psychometric evaluation. *Biological psychology*, 71(3), 231-235 .
- Hahn, T., Dresler, T., Ehlis, A.-C., Plichta, M. M., Heinzl, S., Polak, T., . . . Fallgatter, A. J. (2009). Neural response to reward anticipation is modulated by Gray's impulsivity. *Neuroimage*, 46(4), 1148-1153 .
- Hopwood ,C. J., Pincus, A. L., & Wright, A. G. (2019). The interpersonal situation: Integrating personality assessment, case formulation, and intervention. *Using basic personality research to inform personality pathology*, 94-121 .
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). (Schema therapy for personality disorders—A review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171-185 .
- Kellogg, S. H., & Tatarsky, A. (2012). Re-envisioning addiction treatment: A six-point plan. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 30(1), 109-128 .
- Kelly, T. H., & Bardo, M. T. (2016). Emotion regulation and drug abuse: Implications for prevention and treatment (Vol. 163, pp. S1-S2).
- Keulen-de Vos, M. (2013). Emotional states, crime and violence: A schema therapy approach to the understanding and treatment of forensic patients with personality disorders .
- Kharasch, E. D., & Greenblatt, D. J. (2019). Methadone disposition: implementing lessons learned. *Journal of clinical pharmacology*, 59(8), 1044 .
- Kun, B., & Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: A systematic review. *Substance Use & Misuse*, 45(7-8), 1131-1160 .
- Louis, J. P., Wood, A. M., Lockwood, G., Ho, M.-H. R., & Ferguson, E. (2018). Positive clinical psychology and Schema Therapy (ST): The development of the Young Positive Schema Questionnaire (YPSQ) to complement the Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3). *Psychological Assessment*, 30(9), 1199 .
- Martin, P., Weinberg, B. A., & Bealer, B. K. (2007). *Healing addiction: An integrated pharmacopsychosocial approach to treatment*. John Wiley & Sons.
- Nalaskowska, M., & Cierpiałkowska, L. (2014). Social and psychological functioning of opiate dependent patients in methadone maintenance treatment—longitudinal research report. *Alcoholism and Drug Addiction*, 27(3), 237-25 .
- Noori, R., Narenjiha, H., Aghabakhshi, H., Habibi, G., & Khoshkrood Mansoori, B. (2012). Methadone maintenance therapy outcomes in Iran. *Substance Use & Misuse*, 47(7), 767-773 .
- Nutt, D. J., Robbins, T. W., Stimson, G. V., Ince, M., & Jackson, A. (200). *Drugs and the future: Brain science, addiction and society*: Elsevier.
- Pugh, M. (2015). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology review*, 39, 30-41 .
- Raffa, R. B., Burmeister, J. J., Yuvashva, E., & Pergolizzi Jr, J. V. (2012). QTc interval prolongation by d-propoxyphene: what about other analgesics? *Expert opinion on pharmacotherapy*, 13(10), 1397-1409 .
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2018). (Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 58, 97-105 .
- Ribas, K. H. d. S., Ribas, V. R., Barros, S. S. M., Ribas, V. R., Filizola, M. d. G. N., Ribas, R. d. M. G . . . ,Martins, H. A. d. L. (2018). The participation of Early Maladaptive Schemas (EMSs) in the perception of pain in patients with migraine: A psychological profile. *Dementia & Neuropsychologia*, 12, 68-74 .
- Roper, L., Dickson, J. M., Tinwell, C., Booth ,P. G., & McGuire, J. (2010). Maladaptive

- cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive therapy and research*, 34(3), 207-215 .
- Sahu, P., Mathur, A., Ganesh, A., Nair, S., Chand, P., & Murthy, P. (2020). Acceptance of e-consult for Substance Use Disorders during the COVID 19 pandemic: A study from India. *Asian journal of psychiatry*, 54, 102451 .
- Salemink, E., Raaijmakers, S., Meeus, W., Branje, S., Koot, H., Van Lier, P., & Wiers, R. (2014). *(Implicit alcohol-coping associations in heavy drinking neurotic adolescents.* Paper presented at the Meeting of the Research Society on Alcoholism, Bellevue, WA.
- Savage, E. H. (2016). *Facilitator perceptions of mobile ACHES for social support in addiction relapse prevention.* Capella University .
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical psychology review*, 33(3), 426-447 .
- Shorey, R. C., Stuart, G. L., & Anderson, S. (2013). Early maladaptive schemas among young adult male substance abusers: A comparison with a non-clinical group. *Journal of substance abuse treatment*, 44(5), 522-527 .
- Tang, Y.-Y., Tang, R., & Posner, M. I. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug and alcohol dependence*, 163, 13-18 .
- Vanyukov, M. M., Kirisci, L., Moss, L., Tarter, R. E., Reynolds, M. D., Maher, B. S., . . . Clark, D. B. (2009). Measurement of the risk for substance use disorders: phenotypic and genetic analysis of an index of common liability. *Behavior genetics*, 39(3), 233-244 .
- Young, A. (1994). Lessons from the East Asian NICs: A contrarian view. *European economic review*, 38(3-4), 964-973 .
- Yousefi, F., Arasteh, M., Nazemi, A., & Bahrami, M. (2015). The Effect of the Combination Therapy, Family Therapy, Group Therapy and Methadone Therapy on Patients with Substance Abuse. *Family Counseling and Psychotherapy*, 5(1), 24-41 .
- Zeigler-Hill, V., Green, B. A., Arnau, R. C., Sisemore, T. B., & Myers, E. M. (2011). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42, 96-103.